Lane Medical Library

Kritische Betrachtungen zur Frage der Hyperemesis gravidarum

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der hohen medizinischen Fakultät
der Ruprecht-Karls-Universität zu
Heidelberg

vorgelegt von

Aloys Pies
aus Mainz

Heidelberg
Buch- und Kunstdruckerei Paul Braus
1927

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität Heidelberg.

Dekan:
Ritter von Baeyer.

Referent:
von Oettingen.

Eine der umstrittensten Fragen auf dem Gebiete der Gynäkologie ist die Hyperemesis gravidarum. Seit Jahrzehnten bekämpfen sich eine Unzahl von Theorien, die sich zum Teil diametral entgegenstehen. Aus der Menge der verschiedensten Ansichten treten besonders hervor und geben der Streitfrage ein charakteristisches Gepräge einerseits die Auffassung der Hyperemesis als einer organisch bedingten und andererseits einer seelisch bedingten Krankheit.

Um zu einer Definition des Begriffes der Hyperemesis zu kommen, ist es notwendig, von der unkomplizierten Form des Schwangerschaftserbrechens, der Emesis gravidarum, auszugehen.

Nach Giles (Zbl. f. G. 1894) bleibt nur etwa ein Drittel aller Schwangeren während der ganzen Schwangerschaft von der Emesis verschont. 45 % bleiben während der ersten drei Monate davon befreit. Wenn es zur Emesis kommt, so tritt sie bei 70 % schon im ersten Monat auf, selten im zweiten, dritten und vierten, fast nie im fünften und sechsten, in etwa 9—10 % beginnt sie erst in den letzten drei Monaten. Die Beobachtung von Giles, daß die Emesis sich bei Unverheirateten meistens erst in den letzten sechs Monaten einstelle, widerspricht den Erfahrungen der Heidelberger Frauenklinik, wo kein Unterschied zwischen der Emesis der Verheirateten und der Unverheirateten gefunden werden konnte. Zwischen 20—25 Jahren ist die Emesis weniger häufig (nach Giles), 90 % aller I.grav. über 25 Jahren leiden an Erbrechen. Die Emesis ist in der dritten und in späteren Schwangerschaften seltener. Wenn es in diesen Schwangerschaften zum Erbrechen kommt, so fällt der Beginn häufiger in die letzten Monate, während bei den ersten zwei Schwangerschaften die beiden ersten Monate bevorzugt werden. Die Dauer der Emesis schwankt von einigen wenigen Tagen bis zur ganzen Schwangerschaft hindurch. Am Anfang und der Mitte der Schwangerschaft ist die Emesis um 13 % häufiger bei Primiparen als bei Multiparen, durch die ganze Schwangerschaft hindurch ist sie um 9 % häufiger bei Multiparen. Giles macht auf die Beziehungen aufmerksam, die zwischen der Dysmennorrhoe und der Emesis bestehen. Je schmerzhafter und weniger sparsam die Frauen menstruieren, desto stärker die Emesis. Genauere Studien über die charakteristischen Merkmale der Emesis gravidarum verdanken wir Horwitz (Zeitschrift f. G. u. G. 1883). Er macht auf die Erscheinungen aufmerk-

sam, die der Emesis vorausgehen, wie Appetitverlust, Widerwillen gegen bestimmte Speisen, hauptsächlich aber Uebelkeit. Ein plötzlicher Beginn ohne diese Erscheinungen ist selten. Diese Zustände pflegen zwischen der dritten und vierten Woche post conceptionem, also zu einer Zeit, wo die Menstruation eintreten sollte, einzusetzen. Es besteht ein bestimmtes Verhältnis zwischen Uebelkeit und Erbrechen. Je länger die Uebelkeit, desto schwächer ist das Erbrechen und umgekehrt. Je stärker der eine Anfall, desto schwächer der andere. Die Frau, die durch lange Zeit andauernde Uebelkeit geplagt wird, ist froh, wenn das Erbrechen beginnt. Die unangenehmen Erscheinungen, die dem Erbrechen vorausgehen, treten dann zurück. Das Erbrechen tritt zu gewissen Zeiten, besonders morgens auf und geht leicht von statten; es steht in keinem Verhältnis zur Intensität der Uebelkeit. Im allgemeinen leidet der Organismus unter der Emesis nicht besonders stark. Es besteht durchaus keine Parallele zwischen der Emesis und dem Erbrechen infolge von Störungen des Digestionsapparates. Nach Horwitz erinnert diese Schwangerschaftsstörung mehr an das Säuglingserbrechen. Unverdaute Speisen werden sehr selten erbrochen. Man sieht dem Erbrochenen an, daß es dem Einfluß der Magensäure unterlag. Bei absolut leerem Magen besteht das Erbrochene aus Magenschleim, der nur selten von Gallenfarbstoffen gefärbt ist. Nach Oehlschläger (Zbl. f. G. 1904, Nr. 7) ist das Erbrochene meistens sehr sauer, so daß in einigen Fällen hierdurch die Schleimhaut des Schlundes angeätzt wurde. Hünefeld hat nachgewiesen, daß im Erbrochenen öfters reine HCl sich befindet. Die genauen Untersuchungen Kehrers und von Rosthorns an normalen Schwangeren der Heidelberger Frauenklinik zu allen Zeiten der Gravidität ergaben in der Mehrzahl der Fälle subnormale Magensäurewerte.

Die gewöhnliche, unkomplizierte Form des Schwangerschaftserbrechens belästigt zwar die gravida, sie wird aber von ihr als etwas Natürliches, mit der Schwangerschaft fast notwendig Verbundenes hingenommen und zwingt sie nicht, sich in ärztliche Behandlung zu begeben.

Die Hyperemesis ist eine Steigerung der Emesis. Aus dem Erbrechen wird ein unstillbares, oder wie es besser von anderen Autoren genannt wird, ein übermäßiges Erbrechen. Am besten drückt wohl diesen Zustand das griechische Wort „Hyperemesis“ aus, das sich auch bis heute halten konnte. Horwitz griff 1883 den Vorschlag von Guéniot wieder auf und verwandte sich für die Bezeichnung „Vomitus gravidarum perniciosus“, konnte aber nicht damit durchdringen, da wohl das Wort „Perniciosus“ hinsichtlich der Prognose zu viel sagt. Frank (Zbl. f. G. 1894) versteht unter Hyperemesis ein in der Schwangerschaft auftretendes Erbrechen, welches so häufig erfolgt, daß die Ernährung der Patientin leidet. Das Kriterium der Ernährung dürfte eine sichere Ab-

grenzung von Emesis und Hyperemesis erlauben. Kaltenbachs Verdienst ist es (Zeitschrift f. G. u. G.), den Begriff der Hyperemesis gesäubert und eingeengt zu haben. Er schaltet alle Erkrankungen von Magen, Darm, Sexualorganen und gewisse Intoxikationen, die auch außerhalb der Schwangerschaft zum Erbrechen führen können, aus. Selbstverständlich ist es, daß das durch derartige Erkrankungen hervorgerufene Erbrechen durch die Belastung der Schwangerschaft gesteigert werden kann. Klein (Zeitschrift f. G. u. G. 1898, Bd. 39) teilt die Hyperemesis in drei Stadien ein. 1. Erbrechen unmittelbar nach dem Genuß von Speisen; 2. auch ohne Nahrungsaufnahme, Widerwillen und Angst vor der Aufnahme von Speisen; 3. im Erbrochenen auch Blut, Fieber, Ohnmachten, Delirien und Tod.

Die Abmagerung, die bei der Hyperemesis besteht, kann sehr hohe Grade erreichen. Eines der charakteristischsten Symptome bei dem übermäßigen Erbrechen der Schwangeren ist die Discrepanz zwischen Temperatur und Puls. Die Temperatur ist meistens, abgesehen von schweren Fällen, nur leicht erhöht und fällt morgens rasch ab, der Puls ist aber in vielen Fällen klein und beschleunigt und kann Werte von 130 erreichen. Diese Beobachtung, die von den verschiedensten Autoren gemacht wurde, wird auch durch die Heidelberger Fälle bestätigt. Ein außerdem bemerkenswertes Symptom, das öfters beobachtet wird, ist ein leichter Ikterus. Die Harnmenge ist meistens herabgesetzt. Das spezifische Gewicht des Harnes ist gesteigert. Man findet in ihm öfters Spuren von Eiweiß, aber auch größere Mengen und Nierenformelemente. Whitridge Williams (Zbl. f. G. 1905) macht auf die Zunahme des Prozentsatzes des Harnes an Stickstoff, der als Ammoniak ausgeschieden wird, im Vergleich mit dem totalen Stickstoff des Urins aufmerksam. Anstatt 3—5 % normal werden Werte von 16, 32—46 % gefunden. Aceton und Acetessigsäure sind, wie Dirmoser (Zbl. f. G. 1905, Nr. 41) berichtet, bereits im Mageninhalt vermehrt und erfahren besonders bei langdauernder Hyperemesis oft eine exzessive Steigerung im Urin. Außerdem findet man in ihm reichlich Indoxyl, Skatoxyl, Aetherschwefelsäure, Urobilin und die Zwischenprodukte des Eiweißabbaues, die Aminosäuren wie Leucin und Tyrosin. Die Chloride im Harn nehmen nach Tuskay (Zbl. f. G. 1903, Nr. 49) ab. Das Atomgewicht des Blutes steigt in schwereren Fällen an. Die Beobachtung Tuskays, daß die Alkaleszenz des Blutes höhere Grade erreiche, widerspricht den neueren Untersuchungen, die im allgemeinen während der Schwangerschaft eine Verschiebung nach der saueren Seite feststellten. Das Blutbild soll dem einer sekundären Anämie mit Normo- und Megaloblasten entsprechen. Hie und da kann eine Polyglobulie festgestellt werden. Der Cholesteringehalt des Blutes ist gesteigert. Czyzewicz (Zbl. f. G. 1914, Nr. 10) hat bei der Hyperemesis immer eine polynucleäre, neutrophile Leukozytose mit linksseitiger Verschiebung des Arnethschen

Blutbildes gefunden. Nach E. Opitz (Klinische Wochenschrift 1924, Nr. 12) ist das Antitrypsin im Blute vermehrt, die Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen erhöht, die Kobragifthaemolyse und die Komplementbildung verändert und die Schutzkolloidwirkung des Serums vermindert. Die Herzkraft ist oft herabgesetzt. Es werden Oedeme beobachtet, die aber von Williams bestritten werden. Die Sehnenreflexe sind oft gesteigert. Bemerkenswert ist die seelische Einstellung der Patientin. Sie wird oft von einer Depression beherrscht, die meistens einen schwereren Eindruck macht, als man nach dem Krankheitszustand erwarten sollte. Als agonale Erscheinungen treten Gehirnsymptome wie Sehstörungen, Bewußtseinsstörungen und Halluzinationen auf. Die Mortalitätsziffern, die die einzelnen Autoren geben, schwanken außerordentlich. So beträgt die Mortalität nach Joulin 44 %, nach Guéniot 32 %, nach Whitridge Williams sogar 50 %, Werte, die uns unglaublich hoch erscheinen und die daran denken lassen, daß es sich hier um den Mißerfolg einer Therapie oder um eine ganz ungenaue Statistik handelt. Cohnstein sah bei einem sehr großen Material nur 4 % Mortalität. Diese Zahlen sind im allgemeinen vorsichtig zu bewerten, da die Therapie, ihr Beginn und vor allem der Zeitpunkt der Einleitung des künstlichen Abortes eine große Rolle spielen. In der Heidelberger Klinik kam seit 1909 kein einziger Fall zum Exitus. Auch wurde nie ein künstlicher Abort eingeleitet. Aehnliches wird von der Gießener Klinik berichtet. Nach Frank leiteten Schauta und Späth nie einen künstlichen Abort bei Hyperemesis ein. Auch Frank konnte selbst in schweren Fällen Heilung ohne diesen Eingriff erzielen. Hohl (Lehrbuch der Geburtshilfe, 2. Auflage 1862, S. 728) hat nicht einen einzigen Fall beobachtet, der letal ausging.

Wie schon bemerkt wurde, ist die Lehre von der Aetiologie der Hyperemesis durch das Schwanken zwischen zwei Polen charakterisiert. Auf der einen Seite steht die Lehre von der rein seelischen, auf der anderen die der rein körperlichen Bedingtheit der Krankheit. Dazwischen gibt es eine Menge Theorien, die teils in der Mitte stehen, teils zu dem einen oder anderen Extrem neigen. Sowohl für die Auffassung der körperlichen wie für die Auffassung der seelischen Genese der Krankheit scheint es stichhaltige Beweise zu geben. Ebenso merkwürdig verhält es sich mit der Therapie. Die Therapien, die von den verschiedensten und sich widersprechensten Annahmen der Aetiologie der Krankheit ausgehen, hatten fast alle Erfolge, allerdings auch Mißerfolge gezeigt. So steht man, wenn man die Literatur der Hyperemesis studiert, vor einem großen Rätsel.

So wie man in früheren Zeiten die Erscheinungen der Hysterie von einer Krankheit des Uterus ableiten wollte, so glaubte man auch

die Ursache der Hyperemesis in krankhaften Veränderungen des Uterus finden zu können. Bennet stellte im Jahre 1875 die Theorie auf, es handle sich bei der Hyperemesis um Entzündungszustände des Uterus, besonders der Portio und empfahl die Cauterisation der Portio vaginalis mit Arg. nitr. Horwitz ist geneigt, in jedem Falle Entzündungszustände im Bereich des Genitalapparates anzunehmen. J. Veit lokalisiert die Erkrankung des Uterus auf die Endometrien, wie es auch Bretonneau und Rheinstädter taten. Kehrer glaubt Rigidität der Cervix verantwortlich machen zu können. Hewitt wollte einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Retroflexio und Hyperemesis gefunden haben. Evans will einen gewissen Rhythmus in den Anfällen von Erbrechen der Schwangeren gefunden haben und betrachtet Contractionen des Uterus während der Gravidität als Ursache.

Die Therapien, die diesen Anschauungen entsprechen, sind natürlich lokale. Die Portio wird geätzt und cauterisiert, wenn sie rigid ist, werden Gazetampons eingeführt, die Lage des Uterus wird korrigiert. Großer Beliebtheit erfreute sich das Verfahren von E. Copemann, das der Autor 1875 vorgeschlagen hatte, nämlich die forcierte Erweiterung des Muttermundes und Cervicalkanales mit dem Finger. Diese lokalen Therapien des Uterus zeigten Erfolge, häufig aber auch Mißerfolge. Sehr bald wurden die Voraussetzungen dazu angegriffen. Man erkannte, daß Erosionen und Entzündungszustände im Bereich der Genitalsphäre keine Rolle spielen, daß viele Frauen, die an einer Retroflexio litten, nicht an Hyperemesis erkrankten.

Eine andere Theorie, die ebenfalls fast nur noch historische Bedeutung hat, bezeichnet die Hyperemesis als „Reflexneurose". Das Wort „Reflexneurose" war vielfach zu einem Schlagwort geworden, mit dem man sich gewissermaßen mit Anstand über diese ungeklärte Frage hinwegsetzte und tröstete. Eine Reflexneurose müßte eine funktionelle Erkrankung sein, die reflektorisch irgendwo erzeugt oder ausgelöst wird und irgendwo sich auswirkt. Ob es überhaupt „Reflexneurosen" in diesem Sinne gibt, ist sehr zweifelhaft. Die moderne Neurologie lehnt die Entstehung einer funktionellen Erkrankung auf reflektorischem Wege ab. Der Reflex kann nur als auslösendes Moment in Frage kommen, nicht aber die Krankheit selbst erzeugen.

Die einzelnen Autoren versuchten in verschiedener Weise die Theorie der Reflexneurose zu erklären. Am einfachsten ist die Ansicht, daß der wachsende Uterus irgendwie ein auslösendes Moment spiele z. B. durch Druck auf den zufällig entzündlich fixierten Nervus sympathicus. Andere Autoren sprachen von einem „summierten Reiz der Uterusnervenendigungen", der auf das Nervenzentrum und von dort auf den Magen übertragen würde und die Magenneurose erzeuge. Auch pathologische Genitalveränderungen, Reiz-

zustände des Peritoneums und sogar Hyperaemien der Nase suchte man verantwortlich zu machen. Bestärkt wurde man in diesen Ansichten durch die Beobachtung, daß man auch durch Einführung einer Sonde in den äußeren Muttermund bei Hyperemesiskranken und auch bei anscheinend normalen Schwangeren Erbrechen und Uebelkeit erzeugen konnte. Ein Teil der Vertreter der Theorie der Reflexneurose glaubte, daß diese Reize direkt die Neurose erzeugten, die anderen nahmen eine neurotische Disposition an und betrachteten die einzelnen Faktoren mehr oder weniger als auslösende Momente.

Die Kritik und die Ablehnung dieser Theorien konnte nicht ausbleiben. Man kann sich nicht vorstellen, daß der wachsende Uterus, selbst wenn man noch eine nervöse Disposition annimmt, ein so schweres Krankheitsbild wie die Hyperemesis gravidarum erzeugen kann.

Weit besser fundiert ist die Ansicht, daß die Hyperemesis in das große Gebiet der Schwangerschaftstoxikosen einzureihen sei. Sie steht im schärfsten Gegensatz zu der Theorie der seelischen Genese der Krankheit. Die Ansicht der Anhänger der somatischen Genese wird treffend charakterisiert durch die Worte Neus: „Die aetiologischen Faktoren, das Protoplasmagift, durch exakte Methoden klarzulegen und den Hypothesen spekulativer Köpfe den Todesstoß zu versetzen, ist die Aufgabe der künftigen pathologisch-physiologischen Forschung.“ Dagegen sagt Frey in Zürich: „Hyperemesis ist nichts weiteres als die Reaktion eines Individuums mit pathologisch erhöhter Affektivität, welches durch die Tatsache der Gravidität auf Grund irriger Vorstellungen und in Verkennung seiner aktuellen Lebenslage sich in seinem Egozentrismus verletzt und bedroht sieht.“

Daß es Schwangerschaftstoxikosen gibt, steht außer Zweifel. Es braucht nur an gewisse Dermatosen, zum Beispiel die Impetigo herpetiformis und den Herpes gestationis erinnert zu werden. Ebenso sicher ist es, daß es im Verlauf einer Hyperemesis zu toxischen Erscheinungen kommen kann. Der beste Beweis, daß irgendwelche Toxine eine Rolle spielen, sind die Organveränderungen, die bei Sektionen von Patienten, die an Hyperemesis starben, gefunden wurden. Ohne die Annahme eines Protoplasmagiftes ist ihre Erklärung unmöglich.

Die charakteristischen anatomischen Veränderungen, wie sie Schickele (Zbl. f. G. 1918, Nr. 5) beschreibt, bestehen in einer zentralen Nekrose der Leberacini bei normalem Zustand in den intermediären und peripheren Abschnitten. Ein regelmäßiger Parallelismus zwischen Schwere der Erkrankung und Sektionsbefund besteht nicht. Die Veränderungen treten nicht gleichmäßig an allen Organen auf. Heinrichsdorff (Archiv f. G., Bd. 99) hat neben völlig negativen Befunden Veränderungen gefunden, die er in

das Gebiet der akuten gelben Leberatrophie einreihen zu müssen glaubt. Er ist der Ansicht, daß die Hyperemesis primär mit einer Toxikose nichts zu tun habe, sekundär aber in sie übergehe. Die charakteristischen Veränderungen sind nach Heinrichsdorff Initialsymptome der akuten gelben Leberatrophie. Dieser Meinung tritt Schickele entgegen. Er glaubt, wie auch andere Autoren, die Hyperemesis habe Beziehungen zu der Eklampsie und die schweren Fälle seien atypisch verlaufene Eklampsien. Williams hält dies für vollkommen ausgeschlossen. Die nekrotischen Veränderungen, die bei Hyperemesis und Eklampsie auftreten, sind nach ihm von vollständig verschiedenem Charakter. Sie müßten nur einmal gesehen werden, um erkannt zu werden. Bei der Eklampsie beginnen nach Williams die Veränderungen in den Portalräumen und breiten sich dann von der Peripherie nach der Mitte zu aus, während bei der Hyperemesis die Nekrose im Zentrum der Acini beginnt, wie auch Schickele beobachtet hat, und niemals die Portalräume berührt. Williams unterscheidet zwischen zwei Arten von Toxikosen. Die eine ruft die Hyperemesis und akute gelbe Leberatrophie, die andere Eklampsie hervor.

Das Problem ist nun, ob die Hyperemesis primär eine Toxikose ist und von wo die Toxikose ausgeht. Ueber diese Punkte streitet man.

Der Großteil der Autoren glaubt, die Ursache der Toxikose im Ei selbst gefunden zu haben. Behm spricht von einer syncytialen Intoxikation, von einer Ueberschwemmung des Blutes mit syncitialen Toxinen. Bondy glaubt, daß die Ursache der Hyperemesis eine vom Ei ausgehende Vergiftung des mütterlichen Organismus ist, die das Brechzentrum sensibilisiert, das dann seinerseits durch psychogenen Einfluß die übermäßige Reaktion auslöst. Stolz in Gratz nimmt an, daß Toxine, die vom Ei stammen, die erhöhte Sensibilität der Schwangeren so steigern, daß es zum Erbrechen kommt. Sigwart hält mindestens alle schweren Fälle für Toxikosen, die vom Ei ausgehen. Andere Autoren wie zum Beispiel Stolper suchen die Ursache in einer mangelnden Tätigkeit entgiftender Mechanismen. Eine solche Fähigkeit schreiben sie dem Corpus luteum und der interstitiellen Drüse zu.

Die Therapie einer Toxikose muß darauf bedacht sein, ihre Ursache zu beseitigen, oder die toxischen Produkte zu vernichten. Die radikale Therapie, die diesen Anschauungen entspricht, ist die Einleitung des künstlichen Abortes. Sie wird in schweren Fällen von vielen Autoren empfohlen. Behm glaubt, durch systematisches Eingießen von physiologischer Kochsalzlösung in das Rectum die Toxine ausschwemmen zu können. Richard Freund, der eine giftige Wirkung des plazentaren Preßsaftes im Gegensatz zu Dirmoser feststellte, behandelte Hyperemesiskranke mit Serum von normalen Schwangeren. Er mußte aber sehen, daß diese Wirkung

keine spezifische war, denn mit Sera nicht schwangerer Menschen und Tiere erreichte er dasselbe. Rißmann konnte zeigen, daß Ringersche Lösung die gleichen Dienste tut. Außer diesen Mitteln wurden noch eine Menge anderer gebraucht, die die Toxine angreifen und vernichten sollten.

Es bleibt nun noch das andere Extrem zu besprechen, die Theorie der seelischen Entstehung der Krankheit. Abgesehen von einigen wenigen Autoren, wie Friedreich, Ahlfeld und anderen ist diese Theorie hauptsächlich, dem Zuge der Zeit folgend, in den letzten Jahrzehnten verfochten worden. Im vergangenen Jahrhundert hatte man in der Gynäkologie von der Psychogenese verschiedener Erkrankungen, wie zum Beispiel Dysmennorrhoe und Vaginismus, noch wenig gewußt, und es hielt hart, bis sich, um mit Siemerling zu sprechen, die Psychiatrie Bürgerrecht bei der Gynäkologie erwarb.

Kein Geringerer als Friedreich hat nach Cohnstein (Zbl. f. G. 1891, Nr. 36) bereits 1878 auf dem Neurologenkongreß in Heidelberg in einem besonderen, kleinen Vortrag betont, daß die Hyperemesis die Folgeerscheinung einer funktionellen Neurose sei, die man am besten mit Kal. bromat. in großen Dosen (10 : 150) behandle. Nach Friedreich hat als erster Kaltenbach in einem Vortrag in Berlin im Jahre 1890 behauptet, daß die Hyperemesis funktionell bedingt sei. Er hält sie für eine Folge der Hysterie. Diese Theorie wird in der Literatur gewöhnlich unter dem Namen „Kaltenbach-Ahlfeld" geführt. Ahlfeld hatte wie auch Chazan und Doléris Fälle von Hyperemesis gesehen, die er in das Gebiet der Hysterie einreihen zu müssen glaubte. Er hält aber die Hysterie nicht für die alleinige Ursache der Hyperemesis, sondern nimmt außerdem noch eine erhöhte Reizbarkeit der Sinnesorgane der Schwangeren an. Doléris berichtet 1896 von einem Fall von Hyperemesis, den man mit elektrischem Strom behandelte. Das Erbrechen hörte sofort auf. Bei einer späteren Prüfung der elektrischen Leitung stellte sich aber heraus, daß überhaupt kein Strom im Leitungsnetze sein konnte. Es ist selbstverständlich, daß Doléris hierdurch zur Annahme kam, die Hyperemesis sei hysterischer Natur. Dorff berichtet 1897 von einer Hyperemesiskranken, die unzweifelhaft eine Hysterica war und behauptet am Schluß seiner Ausführungen, daß die Indikationen zur künstlichen Fehlgeburt eingeschränkt werden könnten, wenn man die Hysterie behandle. Die neueren Autoren sprechen weniger von Hysterie als von Psychogenese. Die älteren Autoren suchten bei ihren Hyperemesiskranken nach hysterischen Stigmata, nach Anaesthesien, nach Paraesthesien und Reflexanomalien, sie bauten ihre Diagnose nur auf Grund des umschriebenen Krankheitsbildes der Hysterie auf. Sie stellten die Diagnose Hysterie nur dann, wenn mehrere hysterische Symptome

zu beobachten waren und behaupteten, daß dies bei der Hyperemesis der Fall sei. Die neueren Autoren achten weniger auf die Fülle der Symptome als auf die seelische Konstitution der Patientin, die sie für gestört halten. Es sei nochmals als Kronzeuge für ihre Auffassung an den oben zitierten klassischen Ausspruch Freys erinnert. Das „Ego" der Patientin ist nach ihm alteriert, gespalten und die Ursache des Konfliktes, der zur Organsprache des Erbrechens führt. Die Patientin zeigt keine hysterischen Stigmata, nicht das umschriebene Krankheitsbild der Hysterie mit allen möglichen körperlichen Symptomen, sondern sie reagiert auf die Belastung, das Erlebnis „Schwangerschaft" anormal, hysterisch. Es handelt sich nicht um eine Hysterie, sondern eine hysterische Reaktion, eine Hysterie ohne hysterische Stigmata, wie Eulenburg sagt. Natürlich gibt es zwischen den beiden Ansichten fließende Uebergänge, wo die Unterschiede nicht so markant hervortreten. G. Winter glaubt, die Hyperemesis beginne als nervöse Affektion und führe schließlich zu einer Funktionsschädigung der entgiftenden Leber. Er weist darauf hin, daß bei sehr vielen Hyperemesiskranken ein Widerwillen gegen das Kind bestehe, daß die Kranken vielfach von der Frucht befreit werden wollten. So weigerte sich nach Winter eine Patientin in die Klinik aufgenommen zu werden, weil sie dort doch nur geheilt würde. Eine andere Patientin hatte nach Fritsch durch die Hyperemesis 37 Pfund abgenommen. Als man dann bei ihr den künstlichen Abort eingeleitet hatte, lachte sie den Arzt aus, sie hätte jetzt ihr Ziel erreicht. E. H. Mueller versuchte in seiner Dissertation das Problem vom Standpunkte Freuds anzugehen, nimmt aber außer dem seelischen Konflikt noch eine somatische Minderwertigkeit als Ursache an. E. Diesing und Goudrin de Saussurel hatten bei Naturvölkern nie Hyperemesis gesehen. Diesing hält deshalb die Hyperemesis für die Folge einer Kulturschädigung. Auf diese Frage soll weiter unten noch näher eingegangen werden. Max Schwab bezeichnet das Erbrechen als Ausdruck der Unlust und des Ekels. Unstillbar wird das Erbrechen nach ihm, wenn die Ursache nicht aufgedeckt wird, wenn also der seelische Konflikt nicht gelöst wird. Der Tod an Hyperemesis sei eine Art Selbstmord und zu vergleichen mit dem Sprung einer Schwangeren ins Wasser. Die Patientin kehre, wie eine frigide Frau das „ich will nicht" in ein „ich kann nicht" um.

Die Therapie einer seelischen Erkrankung muß darauf bedacht sein, den seelischen Konflikt zu lösen. In der vollkommenen Isolierung der Patientin, der Entfernung aus dem an Konfliktsstoffen reichen häuslichen Milieu sah man einen Faktor, der die Heilung in besonderer Weise begünstige. Carlton Oldfield nimmt die Patientinnen in eine geschlossene Anstalt mit besonders geschultem Pflegepersonal auf. Sie müssen dort sofort am allgemeinen Essen teilnehmen. Das Sprechen über Krankheit und Erbrechen ist streng-

stens untersagt. Eine Brechschale wird, selbst wenn noch Erbrechen auftreten sollte, nicht erlaubt. Carlton Oldfield hat gute Erfolge gesehen.

Die Einwände gegen die geschilderte Theorie ergeben sich aus dem bereits Gesagten. Kaltenbach hatte angenommen, daß es Sektionsbefunde bei Hyperemesis nicht gibt. Die Untersuchungen von Heinrichsdorff, Williams und anderen beweisen aber das Gegenteil. Von den verschiedensten Autoren wurden die Anhänger der Theorie der Psychogenese immer und immer wieder auf diese Tatsache aufmerksam gemacht.

Hiermit wären die hauptsächlichsten Theorien über die Frage der Hyperemesis besprochen, und es handelt sich jetzt darum, kritisch zu ihnen Stellung zu nehmen.

Emesis und Hyperemesis entstehen auf dem Boden der Gravidität, die in körperlicher und seelischer Beziehung ein Erlebnis von eminenter Bedeutung im Leben der Frau darstellt. Der gesamte Organismus, der bisher vor allem für die Lebenserhaltung arbeitete, hat sich auf ein ganz anderes Ziel umgestellt, die Lebensschaffung. Die organischen Veränderungen, die in dieser Blüte- und Fruchtzeit des Weibes vor sich gehen, sind nur zum Teil bekannt. Abgesehen von den Vorgängen im Sexualapparat selbst, findet man Veränderungen der Organe im Sinne der Funktionssteigerung. Der erhöhte Bedarf erfordert eine vermehrte Produktion. Die Herzarbeit ist vermehrt, die Lunge muß mehr Sauerstoff aufnehmen, der Darm muß den erhöhten Nahrungsbedarf verarbeiten und die Nieren haben größere Mengen Schlacken auszuscheiden. Die blutbildenden Organe, die myeloiden und lymphoiden, arbeiten stärker. Es besteht in der Schwangerschaft eine Plethora. Normal beträgt die Blutmenge $^1/_{16}$ bis $^1/_{20}$ des Körpergewichtes, in der Gravidität ein $^1/_{14}$ bis $^1/_{12}$. Die Drüsenfunktionen sind wahrscheinlich im allgemeinen erhöht. So bemerkt man eine leichte Vergrößerung der Schilddrüse, die ab und zu zu einem Schwangerschaftskropf werden kann. Kehrer spricht von einer pluriglandulären Tätigkeit in der Schwangerschaft. Vor allem ist es wahrscheinlich das System der innersekretorischen Drüsen, zu dem ja auch die Schilddrüse gehört, das in diesem Sinne arbeitet. Ein Beweis hierfür ist der veränderte Zustand des vegetativen Nervensystems, das in bestimmten Wechselbeziehungen zu ihm steht. Manche Autoren sprechen von einer Vagotonie und Sympathicotonie im Sinne Eppingers, Heß und Zweigs. Hofbauer nimmt dasselbe an, glaubt jedoch wie noch andere nicht recht an die Möglichkeit einer exakten Differenzierung dieser beiden Komponenten des vegetativen Nervensystems. Die Sympathicusneurose der Schwangeren wird nach Seitz manifest durch die abnorm starken Hautrötungen bei Erregungen der Graviden, durch das Erythema pudicitiae, den Dermographismus und die Steigerung

der mechanischen Erregbarkeit der glatten Muskelfasern der Brustwarzen. Aber nicht nur das vegetative Nervensystem befindet sich in einem Zustand der Uebererregbarkeit, sondern auch das animale. Die Sehnenreflexe sind gesteigert. Eine Mischung zwischen organischen und psychischen Alterationen sind wohl die Zustände, die man als Anorexia nervosa bezeichnet, der Ekel vor Speisen und die abnormen Gelüste. Aehnlicher Genese wird auch die erhöhte Reizbarkeit des Gesichts- und Gehörsinnes sein.

Diese organischen Veränderungen bleiben nicht ohne Einfluß auf die Psyche der Graviden. So wie sich der Körper der Schwangeren allmählich umstellt und auf das werdende Kind konzentriert, muß sich auch das Seelenleben den veränderten Verhältnissen anpassen. Besondere Schwierigkeiten kann dies bei der I.gravida machen, die zum ersten Male die Mutterschaft erlebt.

Alle diese Vorgänge verlaufen bei der Schwangeren nicht reaktionslos. Es entsteht bei ihr ein körperliches und seelisches Unbehagen, das noch verstärkt wird durch die im Blute kreisenden Schwangerschaftsprodukte, die wahrscheinlich vom Ei stammen. Es handelt sich um körpereigne aber blutfremde Stoffe, zu deren Bekämpfung im Blute Abwehrfermente im Sinne Abderhaldens entstehen.

Diese Summe von verschiedensten Faktoren löst das Schwangerschaftserbrechen, die Emesis aus. Zweierlei Genese kann sie sein. Die Schwangerschaftstoxine, unterstützt von den anderen Veränderungen, könnten erstens zentral angreifen und das Brechzentrum in der Medulla oblongata sensibilisieren. Hierfür spricht der Umstand, daß noch ein anderes Zentrum wahrscheinlich in ähnlicher Weise ergriffen werden kann, nämlich das Speichelzentrum. Es tritt ab und zu in der Gravidität ein Ptyalismus auf, der mit Emesis und Hyperemesis vergesellschaftet sein kann. Außerdem könnte die Emesis auch peripher bedingt sein durch eine abnorme Tätigkeit der Schleimdrüsen des Magens entsprechend der Einstellung des Körpers im pluriglandulären Sinne zu arbeiten. Die abnorm großen Schleimmassen würden dann mechanisch einen Brechreiz hervorrufen. Die Untersuchungen von J. H. Martin in Glasgow an Hyperemesispatientinnen beweisen, daß es zu starken Schleimabsonderungen im Magen während der Gravidität kommen kann. Wahrscheinlich werden alle die oben erwähnten Faktoren zusammen mit den Toxinen und der Wirkung der pluriglandulären Tätigkeit der Schleimzellen des Magens die Emesis hervorrufen. Wir sind deshalb berechtigt zu sagen, daß die Emesis ein durch die Schwangerschaft vorwiegend organisch bedingter Vorgang ist, den man fast physiologisch nennen könnte. Selbstverständlich wird die labile Psyche einen Einfluß auf die Emesis ausüben können, in dem Sinne, daß sie die Reizschwelle erniedrigt. Bei relativ seelischem Gleichgewicht wird ein Reiz, der bei labiler Psyche schon Erbrechen

hervorruft, vielleicht nur als leichtes Unbehagen empfunden. Natürlich kann eine Schwangere auch einmal an hysterischem Erbrechen leiden. Die Differentialdiagnose dürfte dann sehr schwer sein. Meistens werden aber noch andere hysterische Stigmata bestehen, die bei der Emesis fehlen.

Die Feststellung, daß es sich bei der Emesis um einen in der Hauptsache organisch bedingten Vorgang handelt und nicht wie manche Autoren annehmen, um eine hysterische Erscheinung, ist von kardinaler Bedeutung für die Frage der Beurteilung der Hyperemesis.

Da die Hyperemesis, wie schon oben betont wurde, als eine Steigerung der Emesis aufzufassen ist, ergeben sich zwei Möglichkeiten. Die Steigerung könnte erstens bedingt sein durch eine Vermehrung der Toxine bzw. einer Verstärkung des organischen Faktors und zweitens durch eine Verstärkung der Labilität der Psyche. Es ist jetzt unsere Aufgabe, zu den besprochenen Theorien der Hyperemesis kritisch Stellung zu nehmen und streng zwischen Tatsachen und Theorien zu unterscheiden.

Bewiesen ist vor allem, wie schon mehrfach betont wurde, die Existenz eines Protoplasmagiftes, das die charakteristischen Leberveränderungen hervorruft. Für eine Leberschädigung bei Hyperemesis spricht auch das Auftreten von Indoxyl, das bei normaler Leberfunktion an Schwefel- oder Glucuronsäure gebunden wird, und der Aminosäuren Leucin und Tyrosin, die auch bei akuter gelber Leberatrophie gefunden wurden. Ueber die Frage, ob das Toxin, das die Veränderungen hervorruft, primär wirkt oder erst die Folge der Hyperemesis sei, gehen die Meinungen der Autoren auseinander. Das Primär ist nach Winter, wie schon oben berichtet, die nervöse Affektion, die Labilität des Zentralnervensystems. Durch die zunehmende Entkräftung komme es zu einer Funktionsschädigung der entgiftenden Leber und der Niere und dadurch zu einer Anhäufung von Toxinen im Körper. Die Hyperemesis wäre nach dieser Theorie nichts anderes als ein nervös bedingter chronischer Hungerzustand etwa wie bei einer Hysterica, die in den Hungerstreik getreten ist. Pathologische Veränderungen an Organen von Verhungerten, abgesehen von den bekannten Inanitionsatrophien, wurden nie gefunden. Liepschütz (Zur allgemeinen Physiologie des Hungers, Sammlung Vieweg) nimmt an, daß der Hungertod die Folge einer Autointoxikation ist, die bedingt wäre entweder durch den Abbau von Stoffen im Hungerstoffwechsel, die normalerweise nicht abgebaut werden, oder durch die Toxinwirkung der enorm vermehrten Azetonkörper und des Ammoniaks. Die Hyperemesiskranke befindet sich sicher in einem Hungerzustande. Alle charakteristischen Symptome des Hungerstoffwechsels, besonders aber die Vermehrung der Azetonkörper und des Ammoniaks sind bei ihr vorhanden. Sicher spielen diese Stoffe bei der Hyperemesis eine Rolle und sum-

mieren sich mit den anderen Schädlichkeiten, die bei dem übermäßigen Erbrechen in Betracht kommen. Es besteht aber ein gewaltiger Unterschied zwischen den besprochenen Organveränderungen einer Hyperemesiskranken und den Atrophien bei Inanition.

An die sekundäre Entstehung von Toxinen glaubt ebenfalls Dirmoser. Er applizierte weißen Mäusen den durch Klysma gewonnenen Darminhalt eines schweren Falles von Hyperemesis und konnte sehen, daß die Tiere nach drei bis vier Stunden zugrunde gingen, während der Darminhalt von normalen Menschen den Tieren nicht schadete. Dirmoser hält die primäre Ursache der Hyperemesis für eine Reflexneurose, die über den Vagus und Sympathicus zu einer pathologischen Beeinflussung der Drüsenfunktionen im Magen- und Darmtraktus und durch abnorme Zersetzungsvorgänge zu einer Autointoxikation führe. Hiergegen ist einzuwenden, daß die Reflexneurose aus den oben erwähnten Gründen abzulehnen ist. Abnorme Fäulnisvorgänge bestehen sicher, wie das Vorkommen von Indoxyl, Skatoxyl und Aetherschwefelsäure im Urin beweist. Diese abnormen Produkte würden aber nie dem Körper einen Schaden zufügen, wenn der entgiftende Mechanismus des Körpers, vor allem die Leber, normal arbeiten würde. Es muß also die Theorie, daß die schweren Veränderungen bei Hyperemesis die Folge der Inanition seien oder die Toxine erst sekundär entstünden, abgelehnt werden. Das spezifische Protoplasmagift, das die charakteristischen Veränderungen hervorruft, muß primär von ursächlicher Bedeutung sein. Noch nicht genügend geklärt ist die Frage, woher das Gift stammt. Seine Zusammensetzung ist unbekannt. Es sind aber Fermente im Blute des schwangeren Organismus nachgewiesen worden, die als Abwehrfermente gegen blutfremde Stoffe arbeiten. Als blutfremde Stoffe im Blute der Graviden kommen aber nur Produkte des wachsenden Eies in Frage. Die genaue Klärung bleibt experimentellen Forschungen vorbehalten. Bis jetzt gehen die Ansichten noch sehr auseinander. Richard Freund bewies die Giftigkeit des plazentaren Preßsaftes, die nach Zusatz von gleichen Mengen Serum von Schwangeren, nichtschwangeren Menschen und Tieren wieder aufgehoben wurde. Demgegenüber will Dirmoser gefunden haben, daß Plazentarextrakt nicht giftig wirkt. Aehnliche Untersuchungen wurden zur Klärung des Problems der Eklampsie angestellt. Auch hier ergeben sich große Differenzen in den einzelnen Ansichten. Wie bekannt, wird auch die Eklampsie von vielen Autoren in das Gebiet der vom Ei ausgehenden Schwangerschaftstoxikosen eingereiht. So wie Behm eine syncytiale Ueberschwemmung des Blutes bei Hyperemesis annimmt, glaubt J. Veit durch Tierexperimente nachgewiesen zu haben, daß die syncytialen Elemente bei der Eklampsie eine aetiologische Rolle spielen. Ascoli nimmt aber an, daß nicht die Zottenprodukte die Toxine sind, sondern die vom Körper gebilde-

ten Abwehrfermente, die Syncytiolysine. Weichardt endlich hält weder das eine noch das andere für das Toxin, sondern glaubt, daß erst durch die Auflösung der Syncytialelemente durch die Syncytiolysine das Toxin frei wird, daß es sich also um einen ähnlichen Vorgang handelt wie bei Bakterien, die erst nach ihrem Zerfall durch Endotoxine wirken. Eine gemeinsame Aetiologie von Hyperemesis und Eklampsie muß wegen der charakteristischen pathologischen Unterschiede der Organveränderungen abgelehnt werden. Falls auch die Eklampsie vorwiegend vom Ei ausgehen sollte, könnte es sich nur um eine Isotopie der Genese handeln und die Differenzierung der beiden in Betracht kommenden Gifte würde große Schwierigkeiten machen. Die Frage der Herkunft und die Zusammensetzung des bei der Hyperemesis wirkenden Giftes ist also noch nicht vollkommen geklärt. Die angeführten Gründe lassen aber keinen Zweifel, daß dieselben Gifte, die vorwiegend die Emesis verursachen, in verstärktem Maße bei der Hyperemesis in Betracht kommen. Zum Beweis der organischen Genese der Krankheit sei noch eine Beobachtung angeführt, die Sigwart an der Bummschen Klinik machte und von der auch Bumm in seinem Leitfaden für Geburtshilfe berichtet. Einer Frau von 37 Jahren, die an schwerer Hyperemesis litt, wurde in Hypnose suggeriert, die Schwangerschaft sei unterbrochen. Das Erbrechen hielt aber an. Bei bedrohlichem Zustand entschloß man sich später, die Unterbrechung doch vorzunehmen, suggerierte aber der Patientin, die Schwangerschaft bestehe weiter. Trotzdem hörte aber das Erbrechen auf. Alle diese Beweise für die organische Genese der Krankheit schließen aber nicht aus, daß auch die Psyche eine Rolle spielt. Gerade dieser in der Bummschen Klinik beobachtete Fall fordert auf, an die Beweise zu denken, die von den Anhängern der Psychogenese der Hyperemesis angeführt werden und der Bummschen Beobachtung sei der von Doléris beschriebene und oben bereits angeführte Fall gegenübergestellt. Hierdurch wird erneut klar, wie komplex dieses Problem ist. Beide Parteien können zur Begründung ihrer Theorien Argumente anführen, die jeder Kritik standhalten. Schon diese Erkenntnis läßt den Schluß zu, daß die Hyperemesis wahrscheinlich organisch und seelisch bedingt sein kann und eine Mischung beider Faktoren darstellt.

Die Schwangerschaft kann für die Frau ein Erlebnis sein, das Anlaß bietet zu einer Menge von seelischen Konflikten. Besonders der moderne Mensch mit der Unmasse der durch Ethik, Kultur und Ueberkultur bedingten Hemmungsvorstellungen wird leichter zu ihnen neigen. Hierzu kommt noch die durch soziale Not oder andere Gründe bedingte negative Einstellung dem Kinde gegenüber, die eine Hauptursache des Konfliktes sein kann. Dem Willen zum Kinde und zur Mutterschaft, der positiven Einstellung zur Schwanger-

schaft, stehen entgegen die Lasten der Schwangerschaft, das Niederliegen der Sexualfunktion, das Verzichtenmüssen auf gesellschaftliche Vergnügungen, die Angst vor der Niederkunft und endlich die Ablehnung des Kindes aus sozialen und anderen Gründen. Es ergibt sich eine ambivalente Einstellung im Sinne Bleulers. Das „Ego" kämpft mit den Forderungen der Ethik. Die lustbetonten und unlustbetonten Affekte lösen nach Bleuler gleichsinnige Assoziationen aus, die noch zu einer Verstärkung des Konfliktes führen. Diese psychischen Vorgänge spielen sich hauptsächlich im Unterbewußtsein des Menschen ab. Die Egointeressen bestimmen das Werturteil des Erlebnisses, das dem Menschen in seinen Einzelheiten nicht zum Bewußtsein kommt, sich aber als Lust oder Unlust äußert. Diese Vorgänge, die natürlich nur bei einem Teil der Schwangeren in Betracht kommen, können bei der Hyperemesis von Bedeutung sein. Auch die Hyperemesiskranke kann diese Konflikte erleben und nach der Meinung vieler Autoren spielt bei ihr der Wunsch, von der Frucht befreit zu werden, bewußt oder unbewußt eine große Rolle. Der seelische Konflikt, der nicht ausgeglichen wird, bei dem die Affekte nach der einen oder anderen Seite schwanken und die Abschlußfähigkeit verlorengegangen ist, führt häufig zur Organsprache. Irgendwo am Körper kommt es zu einer körperlichen Entladung des seelischen Zündstoffes. Ein Beispiel hierfür ist der Vaginismus. Die Furcht und der Ekel vor dem Geschlechtsverkehr führt zu den bekannten Erscheinungen. Die normale Menstruation kann außer anderen Einflüssen auch durch die der Psyche, wie Menge erkannte, zur Dysmenorrhoe werden. Wie wir schon oben berichteten, wollen verschiedene Autoren die Hyperemesis ähnlich erklären. Der Egozentrismus der Patientin ist nach ihnen verletzt und es kommt psychogen zum Erbrechen. Sie weisen auf die Aehnlichkeit des Erbrechens Hysterischer hin. Auch bestehen in der Literatur verschiedene Angaben, daß es bei eingebildeten Schwangerschaften zum Erbrechen kam. Manche Autoren machen auf die Angaben Diesings und Goudrins de Saussurels aufmerksam, die bei Naturvölkern nie Emesis und Hyperemesis gesehen haben. Daraus wollen sie schließen, daß die Hyperemesis eine Kulturkrankheit sei, die durch eine nervöse Uebererreizung im Sinne der Herabsetzung des Schwellenwertes für die verschiedenen Schwangerschaftsveränderungen oder psychogen entstünde. Herr Dr. med. Gregor Krauße in Balikpapan in Holländisch-Indien, ein genauer Kenner der Naturvölker der Sunda-Inseln und der Verfasser des bekannten Buches über die Insel Bali, hat die Liebenswürdigkeit gehabt, uns mitzuteilen, wofür ich ihm auch an dieser Stelle danken möchte, daß er Hyperemesis bei Eingeborenenfrauen auf Bali, Java und Sumatra und bei den dort ansässigen Chinesenfrauen meist bei Primigraviden gesehen hat. Nach den Angaben von Kollegen und eingeborenen Aerzten sei dieses

Krankheitsbild ganz und gar nicht selten. Es ist wohl kaum anzunehmen, daß psychogene Momente bei diesen Völkern eine ausschlaggebende Rolle spielen. Diese Tatsachen beweisen wieder, daß die Psychogenese allein nicht in Frage kommt. Schwierig ist es aber, beide Faktoren zu vereinen. Neben den organischen Schwangerschaftsveränderungen besteht in vielen Fällen außerdem noch der seelische Konflikt. Auch ohne ihn kann die Gesamtheit der organischen Veränderungen, die wir oben besprochen haben, zum Erbrechen führen. Sehr nahe liegt nun der Gedanke, daß der seelische Konflikt an diesen Organveränderungen, die gewissermaßen einen „locus minoris resistentiae" im Organismus darstellen, angreift. Wie jeder lustbetonte oder unlustbetonte Affekt das ganze Heer gleichgesinnter Assoziationen hervorruft und so unbewußt verstärkt, so verbindet sich in diesem Falle das Resultat des seelischen Konfliktes, die Unlust, mit der gestörten Körperfunktion. In einem Falle eine rein seelische Synthese, im anderen eine körperlich-seelische Synthese. Nicht immer ist es ja bekannt, aus welchem Grunde ein seelischer Konflikt gerade an einer bestimmten Stelle des menschlichen Körpers zum Ausdruck kommt. Beim Vaginismus ist es verständlich, schwerer schon bei Ovarie und irgendwelchen Hyperaesthesien. Bei der Hyperemesis besteht aber ein Substrat, an dem der Konflikt angreifen kann, ein Ventil, das er benutzen kann, um Gestalt anzunehmen. Ob es sich um eine Coordination der beiden Hauptfaktoren der Hyperemesis handelt, oder ob der eine oder andere Faktor subordiniert ist, ist schwer zu entscheiden. Rein empirisch scheint im Anfange der Krankheit die Psyche einen größeren Einfluß auf die Krankheit zu haben als später, wo die organischen Schädigungen immer mehr manifest werden, wenn diese Erscheinungen nicht durch eine Gewöhnung oder Nichtgewöhnung des Körpers an Toxine zu erklären sind. Ein Hauptbeweis, wie groß besonders zu Beginn der Krankheit der Einfluß der Seele auf sie ist, ist der Erfolg der verschiedensten Therapien. Es hat keinen Wert, alle Mittel, die als Grundlage alle möglichen Ansichten über die Entstehung der Krankheit haben, aufzuzählen. Die verschiedensten Mittel, wie Orexin. basic., Ovoglandol, Extrakt von Corpus luteum, Adrenalin usw. hatten Erfolge. Ein Autor ging von der Ansicht aus, die Ursache der Hyperemesis beruhe auf einer Nonabsorption von Corpus luteum, ein anderer glaubte, es handle sich um eine Hyperfunktion des Corpus luteum. Der eine spritzte Corpus luteum, der andere suchte es aus dem Körper zu entfernen. Beide hatten Erfolge. Wenn eine Krankheit in dieser Weise auf alle möglichen Behandlungen reagiert, muß unbedingt ein psychischer Faktor eine Rolle spielen. Es müssen diese Medikamente suggestiv gewirkt haben, wenn nicht die Diät, die unter Umständen durch das Erbrechen erzwungen wurde, heilend wirkte. Den Haupterfolg hatte immer die Ueberweisung in ein Krankenhaus und unter

Umständen das Schreckgespenst des Magenschlauches. Auch die meisten Patientinnen der Heidelberger Klinik wurden überraschend schnell durch den Aufenthalt in der Klinik geheilt. Man wird hierbei an gewisse nervöse oder hysterische Schlafstörungen der Kinder erinnert, die auch am besten durch den Milieuwechsel geheilt werden. Es ist wohl kaum die Annahme gerechtfertigt, daß dieser Milieuwechsel allein in kurzer Zeit, oft in zwei Tagen, genügt, um im Sinne einer Tonisierungskur des Gehirnes zu wirken und die Reizschwelle zu erhöhen. Vielfach ist es so, daß der Arzt auf dem Einweisungsschein von einer schweren Hyperemesis, von einer starken Gewichtsabnahme spricht; man erwartet dann in der Krankengeschichte die Beschreibung eines charakteristischen Krankheitsbildes, ist aber erstaunt, dort fast nichts zu finden außer der kurzen Bemerkung, daß das Erbrechen rasch aufhörte und die Patientin nach einigen Tagen entlassen wurde. Für die Beteiligung der Psyche sprechen noch eine Reihe anderer Tatsachen. Zunächst ist es manchmal möglich, irgend einen seelischen Konflikt aufzudecken, zum Beispiel die Ablehnung des Kindes, soziale Not usw. Dann finden wir häufig in den Anamnesen der Patientinnen die Angabe, daß sie an außerordentlich schmerzhaften Menstruationen litten. Bekanntlich ist es das Verdienst Menges, die Zusammenhänge der Dysmennorrhoe mit dem Seelenleben aufgedeckt zu haben. Nicht unbedingt möchten wir eine Beobachtung verschiedener Autoren verwerten, wonach das Erbrechen vielfach zu einer Zeit beginnt, wo normalerweise die Menstruation einsetzen sollte. Durch das Ausbleiben würde der Konflikt nach der Meinung dieser Autoren ausgelöst. Charakteristisch ist die Tatsache, daß die Hyperemesis hauptsächlich Primigravide befällt, die zum ersten Male die Konfliktsstoffe verarbeiten müssen. Vom Standpunkt der Theorie der organischen Genese der Hyperemesis könnte man allerdings das Abnehmen der Krankheit bei mehrfach Geschwängerten auf eine Gewöhnung an Abfallstoffe zurückführen. Auch könnte man einwenden, daß mit der Zahl der Kinder die Möglichkeit zu Konflikten ansteigt und deswegen die vorwiegend psychisch bedingte Hyperemesis mit der Zahl der Schwangerschaften zunehmen müsse. Ab und zu werden Hyperemesisfälle beobachtet, die mit anderen seelisch bedingten Krankheiten vergesellschaftet sind. So wird im Zbl. f. G. 1903, Nr. 25 von einer Patientin berichtet, die gleichzeitig an Hyperemesis, Pruritus, Vaginismus und einseitiger Ovarie litt. Horwitz berichtet, daß seine Hyperemesisfälle hauptsächlich aus der Privatpraxis kommen, also aus einer Klientel von im allgemeinen komplizierterer, psychischer Struktur. Es wäre aber auch möglich, daß ähnlich wie bei der Eklampsie die eiweißreiche Kost der Wohlhabenden krankheitsbegünstigend wirkt. Horwitz macht auch darauf aufmerksam — die Angaben stammen allerdings aus dem Jahre 1875 —, daß die Hyperemesis am seltensten in

Deutschland, häufiger in England und am häufigsten in Frankreich sei. Auch diese Angaben könnte man als Beweis für die Mitbeteiligung der Seele verwerten. Bekanntlich ist Frankreich das klassische Land der Hysterie, deren Erforschung vor allem Charcot zu verdanken ist. Auch war wohl Frankreich, was die formale Kultur, die Ueberkultur betrifft, den germanischen Ländern immer etwas voraus. Die Hysterie ist allerdings im Gegensatze zu der Hyperemesis eine rein seelische Erkrankung, der summierte körperliche Ausdruck eines Komplexes seelischer Konflikte, es wird aber ein Mensch, der in Hysteriebereitschaft steht, ganz besonders dazu neigen, organische Veränderungen psychogen zu steigern.

Die Hyperemesis müssen wir also nach allem definieren als eine Schwangerschaftserkrankung, die sich zusammensetzt aus einem organischen und seelischen Faktor. Der organische Faktor ist die Reaktion auf die im Blute kreisenden Toxine und Abfallprodukte. Der seelische Faktor ist die psychische Reaktion auf das Erlebnis „Schwangerschaft" und der Ausdruck eines durch die Schwangerschaft verursachten seelischen Konfliktes, der die organisch bedingten Erscheinungen der Hyperemesis verstärkt. Zu Beginn der Hyperemesis tritt der seelische, später mehr der organische Faktor hervor.

Die Therapie der Hyperemesis muß demnach Organo- und Psychotherapie zugleich sein. Eine kausale Organotherapie ist leider wegen der zu geringen Kenntnisse über die Toxine nicht möglich, im allgemeinen ist aber die symptomatische Therapie von ausgezeichnetem Erfolg. Sie muß darauf bedacht sein, den durch das dauernde Erbrechen geschwächten Darm ruhig zu stellen, ihn sich erholen zu lassen und allmählich wieder an die Aufnahme von Nahrung zu gewöhnen. Außerdem muß der durch das Erbrechen bedingte Wasser- und Chlorionenverlust gedeckt werden und der Versuch gemacht werden, den reduzierten Ernährungszustand auf der Stufe, auf der er sich befindet, zu erhalten und langsam zu verbessern. Unbedingte Bettruhe ist selbstverständlich das erste Erfordernis. In weniger schweren Fällen wird man es zunächst mit einer leichten Kost, die sich aus Schleimen, Breien, feingewiegten Gemüsen und leichtverdaulichen Fleischsorten zusammensetzt, versuchen. Medikamentös kann man diese Therapie etwa durch Darreichung von Calc. lactic. oder durch eine Bromtherapie nach dem Vorschlag von Friedreich unterstützen. Dies wird auch die Therapie sein, die im allgemeinen für den praktischen Arzt in Frage kommt. Bei allen schwereren Fällen ist die Krankenhausbehandlung das Beste, da sie vor allem durch den Millieuwechsel in überraschender Weise suggestiv wirkt. Dort wird man in solchen Fällen, wie es sich in vielen Kliniken bewährt hat, zunächst von einer Ernährung per os absehen und höchstens eßlöffelweise eisgekühlte Milch oder

andere Flüssigkeiten reichen. Hierdurch tritt eine Beruhigung des Magens und des Darmes ein. Den Wasserverlust der Patientin, der durch das vorausgegangene Erbrechen bedingt ist, wird man durch rectale Infusionen von Kochsalz- oder Ringerscher Lösung vermindern und wieder ausgleichen. Auch der Chlorionenverlust wird auf diese Weise gedeckt. Die resorptive Kraft des Rectums kann man durch Beifügung von Medikamenten ausnützen. Die Ernährung sichert man durch rectale Nähreinläufe zum Beispiel aus 20 Traubenzucker, 50 Pepton, 50 NaCl und 250 Rotwein. Medikamentös unterstützte man diese Therapie in der Heidelberger Frauenklinik durch Anaesthesienpulver, Bismutum subnitric., Cocain-Adrenalin und Natr. bicarb. Auch Versuche mit normalem Schwangerenserum wurden gemacht. Die künstliche Fehlgeburt wurde nie eingeleitet. Die Resultate, die man an anderen Kliniken hiermit erreichte, sind im allgemeinen nicht gut. Die hohen Mortalitätsziffern, die einige Autoren, die diese Therapie verfochten, angeben, ermutigen nicht zu diesem Eingriff. Auch dürfte eine strikte Indikationsstellung sehr große Schwierigkeiten machen. Bei gutem Zustand der Patientin ist der Abort nicht indiziert, bei schlechtem wird er in der Regel nicht helfen. Indikationsstellungen, wie sie vor allem die französische Schule propagierte, die forderte zu unterbrechen, wenn die Pulsbeschleunigung mehr als 100 Schläge pro Minute betrage, sind unbedingt abzulehnen. Nach dieser Indikation hätte bei mindestens 20 % der Heidelberger Fälle der Abort eingeleitet werden müssen. Der konservative Standpunkt der Heidelberger Klinik hat sich auch in dieser Frage, wie die Erfolge bezeugen, bewährt.

Die symptomatische Behandlung des organischen Faktors der Hyperemesis kann noch wesentlich unterstützt werden durch eine rationelle Psychotherapie. Wie wir schon oben berichteten, begünstigt die Einweisung in ein Krankenhaus und der damit verbundene Milieuwechsel außerordentlich die Heilung und stellt so einen Teil der Psychotherapie dar. Verstärkt wird diese Wirkung noch durch eine strenge Isolierung, die sich in der Heidelberger Klinik sehr gut bewährte. Die Patientin, die sich fern von der häuslichen Konfliktssphäre befindet, wird durch diese Maßnahme beruhigt und unbewußt auf die Lösung und Heilung des seelischen Konfliktes eingestellt. Außerdem wird die Reizschwelle für die Veränderungen, die das Erbrechen auslösen, erhöht. Auf das Zentralnervensystem wirkt die Isolierung als Tonisierungskur. Hierzu kommt noch der beruhigende Zuspruch des Arztes, seine suggestive Wirkung und die Suggestion, die sich mit der Darreichung von Medikamenten verbindet. Eine kausale Psychotherapie, die versucht, den seelischen Konflikt aufzudecken und ihn dadurch zu heilen, wird im allgemeinen nicht nötig sein. In schwereren Fällen, wo alles andere versagt, wird man es auf jeden Fall versuchen. Ob man dann die gesprächsweise Exploration, das Assoziationsexperi-

ment oder die Freud-Breuersche Psychokatharsis, die Analyse in leichter Hypnose, benutzt, wird im allgemeinen gleichbleiben. Inwieweit seelische Konflikte bei der Hyperemesis mit in Betracht kommen, wäre in allen Fällen von wissenschaftlichem Interesse.

Es bleibt noch die Hypnose zu besprechen, die auch zur Heilung der Hyperemesis in der Heidelberger Klinik verwendet wurde. Sie wird weniger dazu gebraucht, den seelischen Konflikt zu lösen, als Besserung des Befindens, Aufhören des Erbrechens und Appetit zu suggerieren. Es wird dann auch wieder im wesentlichen eine Wirkung auf die Reizschwelle erreicht. Es ist aber mit der Labilität der Psyche der Schwangeren überhaupt und der an ambivalenten Vorstellungen leidenden Frau zu rechnen. Wenn auch im hypnotischen Zustand die suggerierten Vorstellungen eine besonders große Plastizität annehmen, die durch die Schaltkraft der Affekte noch verstärkt wird, so hat man doch oft beobachtet, daß sehr rasch der Erfolg der Hypnose wieder einer ambivalenten Einstellung Platz machte. Einen klassischen Fall berichtet Liegner. Das Erbrechen einer Patientin hatte nach hypnotischer Behandlung vollkommen sistiert, der Erfolg wurde aber wiederholt durch einen Besuch des Ehemannes, der auf irgendeine Weise den Konflikt wieder zum Aufflackern brachte, zunichte gemacht. Erneute hypnotische Sitzungen ließen das Erbrechen wieder verschwinden. Es kämpften in diesem Falle die durch den Arzt gegebene heilende Suggestion und der durch die Person des Ehemannes verkörperte seelische Konflikt. Von guten Erfolgen mit Hypnose berichtet R. Falk aus der städtischen Entbindungsanstalt in Kassel. In der Heidelberger Klinik wurden einige Fälle von Dr. Raefler und Dr. Schultze-Rhonhoff hypnotisch mit gutem Erfolg behandelt.

Von 1910 bis Sommer 1926 wurden wegen Hyperemesis in die Heidelberger Klinik ungefähr 50 Patientinnen eingewiesen. Ungefähr die Hälfte waren Primigravide, die anderen II.—VIII. gravidae. Ungefähr ein Drittel waren unverheiratet. Bei den meisten Patientinnen hörte das Erbrechen bei Bettruhe sofort nach der Einweisung oder nach einigen Tagen auf. Schwerere Fälle wurden nur selten beobachtet.

Es folgen die Krankengeschichten einiger charakteristischer Fälle.

Fall 1. 28jährige Patientin. I. grav., mens. III. Eigene und Familienanamnese o. B. Temperatur, Puls und Harnverhältnisse normal. Seit Beginn der Schwangerschaft leidet Patientin an starkem Erbrechen und hat an Gewicht abgenommen. Außerdem klagt sie über Speichelfluß. Muß wider Willen ausspucken. Das Erbrechen und der Speichelfluß hören nach der Einweisung auf. Die Therapie besteht lediglich in Bettruhe. Nach 15tägigem Aufenthalt in der Klinik wird Patientin entlassen.

Dies ist einer der oben besprochenen charakteristischen Fälle, bei dem der Milieuwechsel und die Bettruhe ausreichten, um Heilung zu erzielen.

Fall 2. Frau L. K., Schlossermeistersfrau, 28 Jahre. Aufnahme 17. 5. 1926, Entlassung 2. 6. 1926.

Familienanamnese ergibt, daß Mutter der Patientin vor ihren Geburten stets an starkem Erbrechen litt. Sie war deswegen bei einer Zwillingsgravidität 1910 in der Frauenklinik. Menses der Patientin setzten mit 15 Jahren ein. Waren normal. Patientin ist seit vier Jahren verheiratet. Hatte keine Geburten, Früh- oder Fehlgeburten. Die letzten Menses waren am 16. 2. 1926. Die mutmaßliche Niederkunft läßt sich also auf den 23. 11. 1926 berechnen.

Jetzige Beschwerden der Patientin: 4 Tage nach der fälligen Märzperiode trat zuerst morgendliches Erbrechen ein. Patientin erbrach ca. 3 Wochen lang in mäßiger Stärke, konnte aber noch dabei arbeiten. Von Ostern ab wurde das Erbrechen heftiger und häufiger. Es trat bis 10mal im Tage auf. Patientin konnte fast keine Nahrung bei sich behalten. Eine weitere Steigerung bis zum Galleerbrechen dauerte bis zu dem Tag vor der Einweisung in die Klinik, wo der Höhepunkt der Beschwerden erreicht wurde. Patientin hat nach ihren Angaben sehr stark abgenommen. Sie litt nicht an abnormen Gelüsten. Der Appetit war sehr schlecht. Sie hat ab und zu Schmerzen im Kreuz, besonders nach dem Erbrechen.

Befund: Mittelgroße, subikterische Patientin, kräftig in anscheinend nicht reduziertem Ernährungszustand. Muskulatur und Fettpolster gut entwickelt. Auf dem Rücken ein Exanthem in mäßiger Ausdehnung. Protusio bulbi, weite Lidspalte, schneller Lidschlag. Haemoglobin 90 %, Blutdruck 115/75 Hg., Gewicht 54,9 kg.

Ordination: Bettruhe. 2mal täglich Ringereinläufe.

18. 5. 1926. Patientin erbricht jede Nahrung, auch flüssige Kost. Kost wird abgesetzt, Anordnung von Nährklistieren, die aus 20 Traubenzucker 50 Pepton, 50 NaCl und 250 Rotwein sich zusammensetzen.

21. 5. 1926. Rektale Ernährungszufuhr. Patientin erbricht nicht mehr.

23. 5. 1926. Patientin verträgt gut Breikost. Gewicht 54 kg.

27. 5. 1926. Patientin steht zum erstenmal eine halbe Stunde auf. Gut vertragen.

1. 6. 1926. Patientin fühlt sich sehr wohl, hat auch weiter zugenommen. Gewicht 58,6 kg, Blutdruck 110/55.

2. 6. 1926. Patientin wird in gutem Zustand entlassen. Die Temperatur war während dieser ganzen Zeit normal. Der Puls wies Schwankungen auf zwischen 80 und 110 und betrug im Mittel 95.

Es handelt sich hier um einen Fall, bei dem der Milieuwechsel noch mit Absetzung der Nahrung per os und rek-

taler Ernährung verbunden werden mußte, um Heilung zu erreichen.

Fall 3. Frau B. G., 37 Jahre. Aufnahme 15. 5. 1926. Entlassung 2. 6. 1926.

Familienanamnese o. B.

Eigene Anamnese: Als Kind Masern. Sonst nie krank gewesen. Ueber den Krieg mußte Patientin in der Landwirtschaft viel arbeiten und war ganz abgeschafft. Sie wurde sehr nervös und hatte keinen Appetit mehr. Vergangenes Jahr war sie wieder auf dem Lande mit schwerer Feldarbeit beschäftigt. Angeblich ging das über ihre Kräfte. Sie fühlte sich dauernd müde und elend, war leicht aufgeregt und nach ihren Angaben in den Nerven geschwächt. Sie zitterte und mußte 5 Tage sich zu Bette legen. Ueber lange Zeit litt sie an starkem Kopfweh, Abgeschlagenheit und Appetitlosigkeit. Die Menses traten zum erstenmal mit 19 Jahren auf und waren ca. 3/4 Jahre lang unregelmäßig. Sie kamen ungefähr alle 2—3 Wochen. Dann setzte die Periode über ein Jahr lang aus, kam darauf wieder regelmäßig alle 4 Wochen, dauerte 10 Tage lang und war sehr stark. Zu Ende des Krieges, wo Patientin sehr schwere Feldarbeit verrichten mußte, begannen starke Menstruationsbeschwerden. Die Periode wurde sehr schmerzhaft und zum Teil angeblich krampfartig. Im letzten halben Jahre wurde sie wieder unregelmäßig, kam zuletzt alle 3 Wochen, war sehr stark und mit krampfartigen Schmerzen im Rücken verbunden.

Patientin hatte keine Partus und keine Fehlgeburt.

Letzte Periode war anfangs März 1926. War wenig stark und nicht schmerzhaft.

Jetzige Beschwerden: Nach Ostern 1926 trat bei der Patientin nach dem Essen und auch in nüchternem Zustand heftiges Erbrechen ein. Sie fühlte sich allmählich sehr schwach und elend und mußte dauernd zu Bette liegen. Beim Versuch das Bett zu verlassen, wurde sie ohnmächtig. Der Appetit ist sehr schlecht. Sie hat nach ihren Angaben 22 Pfund abgenommen. Patientin hat sich viel Sorgen gemacht. Sie ist die zweite Frau ihres Mannes. Ihre Stiefkinder sind lieblos zu ihr. Die frühere Haushälterin ihres Mannes, die mit dem Geld nicht umzugehen verstand, kam wieder, als sie sich legen mußte. Dies war ihr sehr unangenehm. Sie glaubt, daß, wenn sie wieder aufsteht, das Erbrechen erneut beginnt. Sie will kein Kind.

Befund: Leidlicher Ernährungszustand, Puls 70, Urin o. B., Reflexe sehr lebhaft.

17. 5. 1926. Patientin hat die letzten Nächte ordentlich geschlafen. Sie fühlt sich ausgeruht. Die Nahrung hat sie bei sich behalten.

19. 5. 1926. Urin, Azeton —, Azetessigsäure —, Gallenfarbstoff —, Urobilin schwach +, Urobilinogen schwach +. Patientin erbricht meist das Essen. Deshalb Tropfeinläufe.

25. 5. 1926. Patientin erhält wieder leichte Kost.

2. 6. 1926. Patientin hat sich erholt. Wird entlassen. Temperatur und Puls normal.

Es handelt sich in diesem Falle zweifelsohne um eine Patientin, bei der die Psyche einen großen Einfluß auf die Krankheit hatte. Die Entfernung aus der häuslichen Konfliktssphäre und die Behandlung in der Klinik erreichten Heilung.

Fall 4. 19jährige unverheiratete Fabrikarbeiterin. Aufnahme Aufnahme 5. 1. 1924. Entlassung 25. 1. 1924. Patientin ist Erstgebärende. Letzte Periode Ende August 1923. Eigene und Familienanamnese o. B.

Jetziges Leiden: Ende August Verkehr. 8 Tage darauf Leibschmerzen, Erbrechen und gelblich-grüner Ausfluß, der in letzter Zeit zunahm. Der Leib krampfte sich manchmal zusammen, es bestand Ziehen und Klopfen. Erbrechen anfangs nur morgens und abends. Arzt verordnete Bettruhe. Patientin versuchte nach vier Wochen wieder zu arbeiten, fühlte sich aber zu schwach. Das Erbrechen vermehrte sich, sie mußte alles, was sie aß, erbrechen. Hat stark abgenommen. Appetit schlecht, Schlaf öfters von Brechanfällen unterbrochen. Miction o. B. Kopfschmerzen seit Beginn der Schwangerschaft. Da keine Besserung eintrat, sucht Patientin heute die Klinik auf.

Befund: Kleine, sehr abgemagerte Patientin, blasses, schlechtes Aussehen. Sichtbare Schleimhäute gut durchblutet. Muskulatur und Fettpolster mangelhaft. Graziler Körperbau.

Genitale: Aeußerlich mit eitrigem Sekret verschmiert. Os externum nimmt die Fingerspitze auf. In der Scheide leicht blutiges, stark eitriges Sekret. Temperatur 36,8. Puls 96.

Harn stark rötlich. Alb. +, Sach. —, Esbach 0,1 pro Mill., Azeton +, Azetessigsäure +, spez. Gewicht 1021.

7. 1. 1924. Infusion von 900 ccm Ringerscher Lösung in beide Oberschenkel. Den ganzen Tag kein Spontanurin. Katheterisierung, fördert im ganzen 100 ccm Harn.

9. 1. 1924. Das Erbrechen hat nachgelassen. Patientin erbricht nur etwas Schleim. Sieht viel besser aus.

Urin: Spez. Gewicht 1015, Reaktion sauer, Alb. +, Sach. —, Azeton +, Azetessigsäure —, Diazo. —.

11. 1. 1924. Patientin erbricht nicht mehr, fühlt sich wohl und bekommt allmählich Appetit.

15. 1. 1924. Befinden der Patientin sehr gut. Kein Erbrechen mehr. Vollkost.

17. 1. 1924. Seit 3 Tagen steht Patientin eine halbe Stunde täglich auf. Es bekommt ihr gut.

20. 1. 1924. Bleibt heute im Bett, weil ihr gestern schlecht wurde. Hat sich anscheinend beim Gehen überanstrengt.

25. 1. 1924. Seither täglich auf. Hat sich wieder völlig erholt, sieht gut aus, erbricht nicht mehr. Gewicht zugenommen. Entlassung.

Die Temperatur war während dieser ganzen Zeit normal, der Puls schwankte zwischen 83 und 105 und war im Mittel 95.

Es handelt sich in diesem Falle um eine typische Hyperemesis, die besonders gekennzeichnet ist durch die charakteristische Pulsbeschleunigung bei normaler Temperatur.

Fall 5. Frau R. K., Maschinenarbeitersfrau. Aufnahme 30. 11. 1924. Entlassung 21. 12. 1924.

Familienanamnese o. B. Eigene Anamnese: Mit 18 Jahren Chlorose.

Menses: Beginn mit 16 Jahren. Regelmäßig, alle 4 Wochen, 4 Tage lang, ohne Beschwerden.

2 normale Spontangeburten 1911 und 1916. Kein Abort. Vor der 2. Geburt Fluor albus. Miction o. B. Defaecation früher regelmäßig.

Jetzige Beschwerden: Seit Oktober morgens Erbrechen. Nur selten konnte Patientin Nahrung bei sich behalten. Hat stark an Gewicht abgenommen. Sie fühlte sich zu Hause so schwach, daß sie sich hinlegen mußte.

Status: Etwas blasse, aber sonst durchaus keinen besonders kranken Eindruck machende Frau in mittleren Jahren. Keine Oedeme und Exantheme. Turgor etwas schlaff. Puls gleichmäßig, 70 pro Minute. Patellarreflexe normal. Pupillen gleichmäßig. Reaction auf L. u. C. normal. Urinbefund —.

2. 12. 1924. Patientin erbricht seit ihrer Aufnahme heute morgen zum erstenmal.

4. 12. 1924. Patientin hat heute und gestern nur morgens erbrochen.

9. 12. 1924. Beginn der hypnotischen Behandlung durch Dr. Schultze-Rhonhoff.

11. 12. 1924. 2. hypnotische Sitzung (Dr. Sch.-Rh.). Guter Einschläferungserfolg.

13. 12. 1924. 3. Hypnose. 15. 12. 1924. 4. Hypnose. 20. 12. 1924. 5. Hypnose. Das Erbrechen hört vollkommen auf.

21. 12. 1924. Entlassung.

22. 12. 1924. Patientin kommt zurück, da sie dauernd daheim erbrochen hat. Wiederaufnahme.

24. 1. 1925. Seit 14 Tagen hat Patientin nichts mehr erbrochen. Sie erhielt seit dem 22. 12. noch zweimal Hypnose, die sich wirksam gegen die Hyperemesis erwies. Patientin wird entlassen.

Der letzte Fall ist Beispiel für die hypnotische Behandlung der Hyperemesis, die, wie diese Krankengeschichte zeigt, geeignet ist, gute therapeutische Resultate zu erreichen.

*

Am Schlusse der Arbeit möchte ich es nicht versäumen, Herrn Prof Dr. v. Oettingen für seine freundliche Unterstützung meinen besten Dank auszusprechen.

Literatur

Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie.
Zentralblatt für Geburtshilfe und Gynäkologie.
Archiv für Gynäkologie.
Kretschmer: Medizinische Psychologie. Georg Thieme, Leipzig.
Liepschütz: Zur Physiologie des Hungerstoffwechsels. Sammlung Vieweg.
Neu, M.: Die Schwangerschaftstoxikosen. Separatabdruck aus: „Die Erkrankungen des weiblichen Genitales in Beziehung zur inneren Medizin." Redigiert von Prof. Dr. L. v. Frankl-Hochwart, usw. Verlag von Alfred Hölder, Wien.
Halban und Seitz: Biologie und Pathologie des Weibes.
Bumm: Grundriß zum Studium der Geburtshilfe.

Lebenslauf.

Aloys Pies wurde am 2. Februar 1903 zu Mainz geboren. Er besuchte die Volksschulen zu Osthofen (Kr. Worms), zu Worms und das Gymnasium zu Worms, wo er Ostern 1922 das Abitur machte. Zum Sommer-Semester 1922 ließ er sich als Student der Medizin in Heidelberg immatrikulieren und studierte dort bis Ende Winter-Semester 1926/27. Das Physikum bestand er im Sommer-Semester 1924, das medizinische Staatsexamen im Mai 1927.